

PEMANFAATAN MOBIL UNIT PUSKESMAS KELILING : SUATU STUDI KASUS

Wasis Budiarto, Soemartono, Ayik P. Soewondo, SK Purwani
dan Titien Setyobudi*

ABSTRACT

In the effort to improve the Health Center Performance, in terms of increasing its coverage, Mobile Health Centres have been operationalized since 1977. The main concerns about this programme are the services utilization and operation of these mobile clinics. The study on the utilization of mobile health centre has been undertaken to study its actual utilization. The study was conducted in four regencies in East Java, involving eight mobile clinics.

The findings of the study showed that the average mobile unit served 2,5 Health Centres and the utilization of mobile units is still low, in terms of operational frequency of services (7,7 times per month). The average of attendance services is 53 persons, covering 50 percent of villages in the catchment area of a Health Centre, and generally most of them never come to Health Centre. The scope of services is mostly Medical treatment, Health Education and Nutrition. The operational cost allocated to a Mobile Health Centre unit per month is approximately Rp. 300.000,-. This limited amount is one of the problems faced to fully operationalize the mobile health centres.

It is suggested that the operational cost of these mobile health units be reconsidered and recalculated in order to increase its effectiveness.

PENDAHULUAN

Dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan kesehatan melalui Puskesmas, yang pada akhir Repelita IV direncanakan pelayanannya dapat mencakup 65% penduduk, telah dilaksanakan pelayanan kesehatan melalui Puskesmas Keliling sejak tahun 1977. Kegiatan ini merupakan bagian dari Program Bantuan Pembangunan Sarana Kesehatan, yang mendapatkan pembiayaannya melalui dana Instruksi Presiden (Inpres). Bantuan sarana kesehatan ini baik berupa kendaraan bermotor roda empat atau perahu bermotor, pengadaannya disesuaikan dengan keadaan dan prasarana komunikasi yang ada di daerah yang bersangkutan.

Tujuan diselenggarakannya kegiatan Puskesmas Keliling tersebut adalah untuk

memperluas jangkauan dan meningkatkan pelayanan medis dan KB lewat Puskesmas, sehingga mampu meningkatkan jumlah kunjungan rata-rata per hari.

Jika dilihat perkembangan fisiknya maka upaya Puskesmas Keliling tersebut selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Pada akhir Repelita II, unit mobil Puskesmas Keliling dari program Inpres hanya berjumlah 604 buah. Pada akhir Repelita III jumlah itu sudah mencapai 2479 unit, dan diharapkan pada akhir Repelita IV akan mencapai 4000 buah (Repelita IV bidang kesehatan). Jumlah tersebut belum termasuk mobil unit bantuan Pemerintah Daerah setempat.

Peningkatan Puskesmas Keliling tersebut dibarengi pula dengan peningkatan jumlah fisik Puskesmas, dari 4353 buah

* Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Surabaya).

pada akhir Repelita II menjadi 5353 buah pada akhir Repelita III. Diharapkan pada akhir Repelita IV mendatang, jumlah Puskesmas telah menjadi 5853 buah.

Dengan adanya peningkatan fasilitas kesehatan tersebut, maka diharapkan derajat kesehatan masyarakat akan dapat pula lebih ditingkatkan di masa mendatang. Dalam jangka pendek hal ini diharapkan dapat tercermin dalam peningkatan pemanfaatan fasilitas kesehatan Puskesmas (Puskesmas, Subpuskesmas dan Puskesmas Keliling) oleh masyarakat.

LIPUTAN PUSTAKA

Jika kita lihat keadaan dewasa ini, tampak bahwa faktor jarak sangat menentukan seseorang untuk datang ke fasilitas kesehatan. Brunet & Jailly (1985 : 11) mengungkapkan bahwa jumlah kunjungan atau 'attendance rate' sangat bergantung pada kesadaran dan persepsi masyarakat tentang kesehatan, di samping variabel lainnya, misalnya, jarak ke fasilitas kesehatan, kualitas pelayanan biaya dan pendapatan masyarakat¹.

Penelitian lain yang dilakukan di Indonesia, yakni di tiga daerah (Kodya Yogyakarta, Kokap dan Nanggulan, DIY) menyimpulkan bahwa pengaruh faktor daerah dan jarak sangat berpengaruh terhadap pola pencarian pengobatan. Sedangkan faktor umur dan pendidikan ternyata jauh lebih kecil².

Analisis ini juga diberikan oleh Robert Tielden (1984: 27), yang mengemukakan bahwa penurunan tingkat "kemiskinan sosial", yaitu rendahnya tingkat pendidikan, fasilitas komunikasi yang rendah, kesulitan transportasi dan lain-lain merupakan faktor yang sangat penting dalam rangka menurunkan angka kematian bayi, sedangkan kemiskinan

ekonomi kurang mendapat prioritas³. Di samping itu juga disimpulkan bahwa transportasi di wilayah kecamatan yang sulit, menyebabkan penampilan Puskesmasnya juga akan lebih kecil dibandingkan dengan kecamatan dengan transportasi mudah.

Mengingat radius kunjungan Puskesmas hanya berkisar 3—4 km saja (Gunawan LA, 1975)⁴ maka dengan adanya Puskesmas Keliling tersebut, daerah yang belum terjangkau oleh pelayanan Puskesmas, dapat dijangkau oleh pelayanan Puskesmas Keliling (Juklak Puskesmas Keliling).

Melihat kondisi dewasa ini, khususnya di negara berkembang seperti halnya Indonesia, dapat dikatakan bahwa pembangunan sarana transportasi mutlak diperlukan, baik antar desa maupun antarmanusia/masyarakat. Pembangunan sarana transportasi akan memperbaiki perputaran barang dan jasa di samping mempermudah mobilisasi dan kontak antarmanusia (WHO, 1983 : 96)⁵. Untuk itu mendekatkan jarak antara fasilitas maupun pelayanan kesehatan dengan penduduk merupakan upaya untuk meningkatkan cakupan Puskesmas sehingga target cakupan 65% dari seluruh penduduk pada akhir Repelita IV dapat tercapai. Di samping itu, diharapkan bahwa masalah jangkauan pelayanan kesehatan atau "accessibility" baik secara fisik, sosial maupun ekonomis tidak akan merupakan masalah lagi di masa mendatang.

TUJUAN

Tujuan studi ini adalah untuk mempelajari sampai seberapa jauh pemanfaatan mobil unit Puskesmas Keliling dalam rangka memperluas lingkup (jenis) maupun jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

METODOLOGI

Penelitian ini dilakukan di empat Kabupaten (Nganjuk, Pacitan, Ponorogo dan Banyuwangi) di Jawa Timur yang ditentukan secara "purposive sampling". Kriteria yang digunakan dalam pemilihan Kabupaten tersebut antara lain adalah penampilan kerja Puskesmas dan keadaan sosial dan ekonomi masyarakat. Di masing-masing Kabupaten dipilih dua unit mobil Puskesmas Keliling. Yang satu melayani Puskesmas perkotaan dan yang lainnya melayani Puskesmas pedesaan. Jika dilihat persentase sampel terhadap populasi, maka jumlah mobil yang diambil sebagai sampel sebanyak delapan unit atau 20% dari total mobil unit yang ada di empat Kabupaten tersebut. Jumlah Puskesmas yang dilayani oleh mobil unit tersebut sebanyak 20 Puskesmas dari 81 Puskesmas yang ada ($\pm 25\%$).

Pengumpulan data dilakukan dengan pengamatan terhadap pemanfaatan mobil unit, wawancara kepada petugas Puskesmas dan masyarakat serta pencatatan dari "record" yang tersedia. Analisis dilakukan secara deskriptif.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini mencakup tiga aspek pokok pembahasan, yaitu aspek penggunaan mobil, aspek hasil kegiatan pelayanan kesehatan dengan menggunakan mobil unit Puskesmas Keliling serta aspek biaya operasional kegiatan Puskesmas Keliling.

Pemanfaatan Mobil Unit Puskesmas Keliling.

Pemanfaatan mobil unit Puskesmas Keliling dalam penelitian ini dilihat dari dua aspek yaitu aspek frekuensi opera-

sional mobil unit untuk kegiatan Puskesmas Keliling selama satu bulan atau satu tahun serta alokasi waktu pemanfaatannya

1. Frekuensi Operasional Mobil Unit Puskesmas Keliling.

Frekuensi operasional di sini diperoleh dari catatan kegiatan operasional Puskesmas Keliling selama enam bulan terakhir (April – September 1983).

Tabel 1 : Frekuensi Operasional Kegiatan Mobil Unit Puskesmas Keliling tahun 1983.

Kabupaten	Frek. Operasi (kali)		% terhadap target *)
	Bulan	Tahun	
Nganjuk	13,6	163,2	81,6
Pacitan	1,9	22,8	11,4
Ponorogo	14,8	177,6	88,8
Banyuwangi	5,0	60,0	30,0
Rata-rata	7,7	92,4	46,2

Keterangan :

*) Target yang telah ditetapkan sebesar 200 kali operasional per tahun per mobil.

Terlihat dari tabel di atas, bahwa frekuensi operasional mobil unit Puskesmas Keliling masih kurang dari separuh yang ditetapkan. Untuk mobil unit yang melayani banyak Puskesmas, (Nganjuk : 2 mobil melayani 9 Puskesmas dan Ponorogo : 2 mobil melayani 7 Puskesmas) penggunaannya jauh lebih padat jika dibandingkan dengan dua daerah lainnya. Untuk Pacitan, kiranya target tersebut masih dapat dimaklumi mengingat daerah/medan tugas yang cukup sulit dengan sebagian besar wilayahnya

berupa pegunungan. Tetapi untuk Banyuwangi hal tersebut perlu mendapat pertimbangan, mengingat wilayah kegiatannya berupa dataran yang dengan mudah dapat dilalui oleh kendaraan roda empat.

2. Alokasi Waktu Pemanfaatan Mobil Unit Puskesmas Keliling.

Untuk lebih menjelaskan keadaan pemanfaatan mobil unit Puskesmas Keliling dalam operasinya maka perlu dilihat bagaimana alokasi waktu pemanfaatan mobil unit tersebut setiap hari. Data diperoleh dengan melakukan pengamatan, yang dilakukan dengan mengikuti terus menerus kegiatan mobil unit selama

yang menyita waktu cukup banyak (21,2%) merupakan kegiatan yang tidak dapat dihindarkan oleh petugas Puskesmas, mengingat mobil unit tersebut merupakan satu-satunya kendaraan roda empat di Puskesmas. Jika dikaitkan dengan Tabel 1 di atas, tampak bahwa target operasional yang telah ditetapkan, Dep. Kes tidak dapat tercapai. Untuk mencapai target yang telah ditetapkan tidak ada alternatif lain kecuali mengurangi kegiatan non-program.

Hasil Kegiatan Puskesmas Keliling

Hasil kegiatan di sini ditinjau dari tiga aspek yaitu jumlah kunjungan, liputan desa dan jarak tempuh, lingkup kegiatan

Tabel 2. Alokasi Waktu Pemanfaatan Mobil Unit Puskesmas Keliling menurut Jenis Kepentingannya Tahun 1983

Kabupaten	Jumlah Puskesmas yang dilayani per mobil unit	Jenis Kepentingan (%)		
		Puskesmas	Puskesmas Keliling	Non Program
Nganjuk	4,5	3,2	75,4	21,4
Pacitan	1,0	20,6	46,8	32,6
Ponorogo	3,5	53,5	29,6	16,9
Banyuwangi	1,0	38,6	47,8	13,6
Rata-rata	2,5	28,9	49,9	21,2

satu minggu dalam waktu jam kerja ("time and motion study").

Dari tabel tersebut terlihat bahwa pemanfaatan mobil unit untuk kegiatan Puskesmas Keliling masih separuhnya saja, sedangkan sisanya digunakan untuk kegiatan lainnya. Kegiatan non-program,

an serta keadaan masyarakat pengunjung Puskesmas Keliling.

1. Hasil Kegiatan Puskesmas Keliling

Kunjungan kegiatan Puskesmas Keliling yang menggunakan mobil unit dapat dilihat pada Tabel 3 di bawah ini.

Tabel 3. Jumlah Kunjungan Puskesmas Keliling yang menggunakan Mobil Unit, tahun 1983

Kabupaten	Frekuensi operasional per bulan	Jumlah Kunjungan	
		per operasi	per bulan
Nganjuk	13,6	47,9	651,4
Pacitan	1,9	111,9	212,6
Ponorogo	14,8	46,4	686,7
Banyuwangi	5,0	30,8	154,0
Rata-rata	7,7	53,1	408,9

Kunjungan per-operasi Puskesmas Keliling sebesar 53 orang tampak sudah cukup efektif. Untuk Puskesmas Keliling di Pacitan, jumlah kunjungan per-operasional cukup tinggi yaitu lebih dari 110 orang. Di Banyuwangi, angka kunjungan 30 orang per-operasi hendaklah jangan dianggap sebagai terlalu kecil karena kegiatan Puskesmas Keliling dilakukan setelah pengunjung Puskesmas habis, sehingga praktis waktu kegiatannya pun tidak terlalu lama. Hal tersebut

dilakukan mengingat jumlah tenaga yang ada di Puskesmas relatif masih kurang, khususnya tenaga paramedis.

2. Liputan desa dan Jarak tempuh

Di samping bertujuan meningkatkan kunjungan Puskesmas, maka Puskesmas Keliling juga diharapkan dapat memperluas jangkauan pelayanan kepada masyarakat. Hal tersebut dapat dilihat pada liputan desa serta jarak tempuh kegiatan Puskesmas Keliling dalam rangka menjangkau desa-desa di wilayah Puskesmas secara keseluruhan.

Dalam rangka memperluas jangkauan pelayanan Puskesmas tampak bahwa Puskesmas Keliling telah dapat menjangkau hampir separuh desa yang ada. Cakupan di Kab. Pacitan dan Ponorogo relatif rendah karena memang kondisi jalan dan prasarana lainnya yang tidak memungkinkan dapat dilalui kendaraan bermotor roda empat. Melihat jarak tempuh yang lebih jauh dari jarak rata-rata ke desa dapat disimpulkan bahwa kegiatan Puskesmas Keliling benar-benar sudah memprioritaskan desa-desa yang jauh dari Puskesmas. Masyarakat yang dekat

Tabel 4. Liputan Desa dan Jarak Tempuh Kegiatan Mobil Unit Puskesmas Keliling, tahun 1983

Kabupaten	Jumlah Desa (rata-rata)			Jarak (km)	
	Rata-rata Jumlah desa/Kec.	Jumlah desa yang diliput	Liputan (%)	Rata-rata Ke desa	Jarak tempuh
Nganjuk	15	9,8	65,3	4,7	5,4
Pacitan	15	5,8	38,7	8,8	10,8
Ponorogo	14	4,8	34,3	3,4	3,9
Banyuwangi	9	4,0	44,5	7,3	9,6
Rata-rata	13	6,3	47,7	4,8	5,8

dengan Puskesmas, diharapkan mau berobat ke Puskesmas atau Puskesmas Pembantu.

Jika dilihat tabel di atas, khususnya di Pacitan tampak bahwa jarak Puskesmas ke desa-desa rata-rata mencapai 8,8 km. Dengan demikian wajar jika kemampuan liputannya kurang dari 40%. Di Nganjuk yang jarak rata-rata ke desa dari Puskesmas hanya 4,7 km, mobil unit Puskesmas Keliling mampu meliputi desa di wilayah Kecamatan sebesar 65%. Tetapi di Ponorogo yang jarak rata-ratanya hanya sebesar 3,4 km hanya mampu meliputi 34% dari desa yang ada.

3. Lingkup Kegiatan

Yang dimaksud dengan lingkup kegiatan di sini adalah lingkup keterlibatan petugas Puskesmas secara tim dalam kegiatan Puskesmas Keliling. Analisis digunakan dengan cara skor, yang mencerminkan prioritas kegiatan yang dilaksanakannya. Lingkup kegiatan di sini hanya dituliskan urutan prioritas kegiatan pokok Puskesmas yang dilaksanakan, yang dilak-

kukan dengan cara wawancara kepada petugas Puskesmas Keliling.

Jika kita lihat secara keseluruhan, tampak bahwa kegiatan pokok pengobatan dan penyuluhan kesehatan masyarakat merupakan prioritas utama dalam upaya Puskesmas Keliling. Di samping itu juga kegiatan pokok perbaikan gizi merupakan prioritas berikutnya. Demikian pula kegiatan pokok KIA, administrasi dan Keluarga Berencana.

Menurut Petunjuk Pelaksanaan yang telah dibuat oleh Dit. Jen. Binkesmas Dep. Kes. RI, upaya pelayanan kesehatan oleh Puskesmas Keliling meliputi kegiatan pokok Pengobatan, KIA, KB, Imunisasi, Kesehatan Lingkungan, penyuluhan kesehatan masyarakat dan perbaikan gizi serta administrasi. Dalam penelitian ini, ditemukan bahwa kegiatan imunisasi termasuk dalam kegiatan KIA sedangkan kesehatan lingkungan hampir tidak pernah dilakukan dalam upaya pelayanan Puskesmas Keliling dengan mobil unit.

Tabel 5. Lingkup Kegiatan Petugas Puskesmas Keliling dalam Upaya Kegiatan Pokok Puskesmas

Kabupaten	Kegiatan Pokok Puskesmas					
	Pengobatan	KIA	KB	Gizi	Penyuluhan Kes. Masy.	Administrasi
Nganjuk	+++	++	+	++	+++	++
Pacitan	+++	+	++	++	+++	++
Ponorogo	+++	++	++	++	+++	+
Banyuwangi	+	++	+	++	+	++

Keterangan . +++ = sering
 ++ = cukup
 + = jarang

4. Karakteristik Masyarakat yang Mengunjungi Puskesmas Keliling.

Karakteristik penderita yang mengunjungi Puskesmas Keliling dilihat dari dua aspek pokok, yaitu pernah tidaknya mereka ke Puskesmas/Sub Puskesmas, serta keadaan kasus penyakitnya (baru atau lama). Puskesmas di sini diartikan sebagai institusi pemerintah, tidak termasuk praktek swasta. Data dikumpulkan dengan jalan wawancara langsung dengan masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas Keliling pada saat pengamatan mobil unit dilakukan. Hasil wawancara tersebut menunjukkan bahwa 57% dari penderita yang datang ke Puskesmas Keliling, menyatakan pernah berobat ke Puskesmas/Subpuskesmas sedang lainnya belum pernah mengunjungi Puskesmas. Sejumlah 62% penderita datang dengan kasus baru.

obatan ke dokter dan paramedis swasta. Di samping itu jangkauan kegiatan Puskesmas Keliling di Pacitan memang lebih jauh (10,8 km).

Biaya Operasional Puskesmas Keliling.

Biaya operasional yang dimaksud di sini adalah biaya yang secara "riil" dikeluarkan dalam rangka upaya Puskesmas Keliling, baik yang besumber dari Pusat (Dep.Kes.), Daerah (APBD Tk. I dan II, swadaya Puskesmas maupun dari "kantong pribadi". Biaya operasional di sini tidak termasuk harga kendaraan dan biaya tetap lainnya, tetapi yang diperhitungkan hanyalah biaya operasionalnya. Biaya operasional di sini meliputi biaya perawatan mobil, peralatan, bensin/pelumas, obat-

Tabel 6. Karakteristik Pengunjung Puskesmas Keliling, Tahun 1983

Kabupaten	Kunjungan ke Puskesmas		K a s u s	
	Pernah	Tidak pernah	Baru	Lama
Nganjuk	52,3	47,7	54,8	45,2
Pacitan	100,0	0,0	92,9	7,1
Ponorogo	60,3	39,7	62,9	37,1
Banyuwangi	56,0	44,0	76,7	23,3
Rata-rata	57,4	42,6	61,9	38,1

Dari Tabel 6 di atas tampak bahwa dari masyarakat Pacitan ternyata yang berkunjung ke Puskesmas Keliling adalah orang yang juga pernah berkunjung ke Puskesmas. Di Nganjuk dan Banyuwangi, mengingat keadaan sosial dan ekonomi masyarakatnya lebih baik dibanding Pacitan, masyarakat enggan untuk datang ke Puskesmas melainkan mereka mencari pengo-

obatan dan insentif petugas khusus dalam kaitannya dengan kegiatan Puskesmas Keliling. Biaya tersebut dihitung rata-rata mulai bulan Januari s/d Agustus 1983.

Pada Tabel 7 tersebut, tampak bahwa biaya per-operasi sebesar Rp. 38.500,— Sehingga secara kasar jika kita menghen-daki frekuensi 200 kali setahun, maka jumlah biaya yang harus disediakan seba-

Tabel 7 : Biaya Operasional Mobil Unit Puskesmas Keliling menurut harga tahun 1983

Kabupaten	Biaya operasi per mobil/bulan (ribuan Rp)	Frekuensi operasi per bulan (kali)	Biaya per operasional (ribuan Rp)
Nganjuk	349,1	13,6	25,7
Pacitan	168,7	1,9	88,8
Ponorogo	484,4	14,8	32,7
Banyuwangi	184,9	5,0	37,0
Rata-rata	296,8	7,7	38,5

nyak Rp 7,7 juta. Tetapi jika kita melihat biaya per bulan, yakni sebesar Rp. 296.800,— maka anggaran untuk Puskesmas Keliling yang harus tersedia minimal sebanyak Rp. 3,5 juta. Perbedaan tersebut disebabkan karena biaya sebesar Rp. 296.800,—/bulan hanya digunakan untuk kegiatan Puskesmas Keliling 7,7 kali sedangkan kegiatan lainnya digunakan untuk kepentingan yang lain (Puskesmas dan non-program). Pada tabel tersebut tampak pula bahwa makin besar frekuensi operasi Puskesmas Keliling, makin kecil biaya per kegiatan. Karena itu upaya untuk lebih mendayagunakan kegiatan Puskesmas Keliling sesuai dengan "program" harus segera dilaksanakan. Seperti halnya Ponorogo, walaupun biaya operasional per bulannya cukup besar, dengan frekuensi yang cukup padat biaya per kegiatan menjadi lebih kecil. Berbeda pula dengan kondisi Puskesmas Keliling di Pacitan.

DISKUSI

Permasalahan dalam upaya kesehatan merupakan interaksi antara budaya kesehatan, kondisi penyakit, keterjangkauan

dan penerimaan ("acceptability") pelayanan serta peranan "provider" (Cormick, 1983 : 89), di mana masalah keterjangkauan merupakan prioritas dalam rangka mendekatkan pelayanan kepada masyarakat.⁶ Jika kita lihat langkah pemerintah dalam upaya mengurangi masalah keterjangkauan, tampak langkah itu sudah cukup memadai. (Tahun 1983/84 Puskesmas 5353 buah dan Puskesmas Keliling 2479 unit, ditingkatkan menjadi 5853 Puskesmas dan 4000 unit Puskesmas Keliling pada akhir Repelita IV).

Ditinjau dari kesadaran masyarakat yang merasa sakit dan mendapat pengobatan yang telah meningkat dari 55% tahun 1972 menjadi 74% pada tahun 1980, (Brotowasisto, 1984 : 5)⁷, maka pemanfaatan Puskesmas Keliling tersebut tampaknya masih dapat dianggap kurang memadai. Dalam hal upaya pelayanan kesehatan, sebenarnya Pemerintah sudah cukup responsif terhadap upaya pelayanan kesehatan. Terbukti pada alokasi keuangan, 60% dana pembangunan dialokasikan untuk program pelayanan kesehatan (Yankes), dan sebagian besar dana Inpres pun juga dipergunakan untuk pembangunan prasarana fisik pelayanan kese-

hatan, termasuk Puskesmas Keliling (70,6% untuk tahun 1983/84). Untuk itu sudah sewajarnya jika Pemerintah menargetkan dalam Repelita IV ini pemanfaatan Puskesmas diharapkan mencapai 65% penduduk (Repelita IV bidang kesehatan).

Dilihat secara sepintas, memang tampaknya masalah aksesibilitas tersebut seharusnya sudah tidak menjadi masalah lagi dewasa ini. Terbukti dari sudah banyaknya fasilitas kesehatan yang diadakan oleh Pemerintah maupun swasta (Noor, 1986: 1-8)⁸. Yang masih merupakan kendala utama adalah masalah biaya. Hal tersebut juga telah dibuktikan oleh beberapa peneliti, diantara Gunawan LA (1975: 60-70) yang mengemukakan bahwa pengaruh penurunan biaya pengobatan (39,9%) lebih banyak mengakibatkan peningkatan pengunjung dibandingkan dengan pengaruh penyediaan obat standar bermutu yang cukup (27,3%)⁴. Demikian pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Tajibnapiis dkk (1976 : 37) yang menyimpulkan bahwa pengunjung Puskesmas peka terhadap perubahan tarif berobat⁹. Pemanfaatan mobil Unit Puskesmas Keliling yang berkaitan erat dengan biaya operasional tersebut tampaknya dapat diterima, mengingat alokasi dana dari Pusat untuk operasional hanya Rp. 700.000,- per tahun per mobil, sedangkan secara riil biaya yang seharusnya dikeluarkan sebesar Rp. 3,5 juta. Menghindari kegiatan di luar Puskesmas Keliling tampaknya sulit dilakukan, mengingat dana yang tersedia hanya 20% dari dana yang dibutuhkan. Jika dilihat secara nasional, maka kebutuhan biaya tersebut selama setahun sebesar 2479 unit x Rp. 3,5 juta = Rp. 8.676,5 juta atau hampir Rp. 8,7 milyar atau sekitar 5% dari dana program pelayanan kesehatan (tahun 1983/84).

Jumlah kunjungan per operasional tampaknya sudah mencukupi, yaitu 53 orang per operasional. Atau jika dihitung selama satu bulan maka kunjungannya sebesar 409 orang. Hasil perhitungan lain (Wasis Budiarto, 1983)¹⁰ menunjukkan bahwa jumlah kunjungan Puskesmas (Pengobatan dan KIA saja) sebesar 3.310 orang per bulan. Ini berarti kontribusi Puskesmas Keliling terhadap jumlah kunjungan Puskesmas hanya sebesar 12,3%. Hal tersebut tidak dapat dilihat secara mikro. Tetapi jika dilihat secara makro maka jumlah tersebut akan cukup besar jika pemanfaatannya jauh lebih optimal dibandingkan sekarang.

Liputan desa tampaknya sudah cukup mengembirakan, karena sudah mampu mencakup separuh jumlah desa yang ada, dengan jarak tempuh yang lebih jauh dari jarak rata-rata ke desa, dan lebih jauh dari jangkauan Puskesmas. Studi Gunawan dkk (1975) menghasilkan kesimpulan bahwa kunjungan Puskesmas yang mempunyai radius kurang dari 4 km sebesar 70,7%, dan 22,6% dengan radius 4-6 km⁴. Jarak tempuh Puskesmas Keliling sudah mencapai hampir 6 km. Artinya masyarakat yang belum tercakup oleh pelayanan Puskesmas, sudah mampu dicakup oleh pelayanan Puskesmas Keliling. Kondisi masyarakat yang datang ke Puskesmas Keliling dan hampir separuh menyatakan belum pernah ke Puskesmas tampaknya masih memprihatinkan, sehingga perlu lebih banyak dilakukan pendekatan kepada mereka. Masyarakat yang datang ke Puskesmas dengan kasus penyakit baru tersebut (62%), tampaknya juga sesuai dengan penelitian Gunawan yang mengungkap bahwa 61,5% masyarakat datang ke Puskesmas dengan derajat kesakitan ringan.

Biaya operasional mobil unit Puskesmas

mas Keliling sebesar Rp. 38,5 ribu dengan kunjungan per kegiatan sebanyak 53,1 orang. Ini berarti biaya per kunjungan sebesar Rp. 725,—, sedangkan tarif hanya Rp. 150,00. Sehingga sisa sebesar Rp. 575, merupakan subsidi kepada masyarakat. "Unit cost" per kunjungan untuk program KIA saja (perawatan kehamilan dan bayi, tanpa persalinan dan perawatan anak) besarnya Rp. 1.000,— per kunjungan th. 1981 (Budiarto, 1983, diolah kembali). Sedangkan untuk Puskesmas Keliling hanya Rp. 725,—. Hal tersebut juga dapat dilihat dari penelitian Gish & Walker di Botswana, Afrika (1977), di mana biaya untuk "fixed clinics" lebih mahal dibandingkan dengan "land mobile clinics" (0,68 £ untuk fixed clinics, biaya per kunjungan cost per patient contact)¹¹.

Pendayagunaan dan pemanfaatan mobil unit Puskesmas Keliling mutlak harus dilakukan mengingat tujuan dari upaya Puskesmas Keliling adalah pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Bahkan juga terbukti bahwa biaya per kunjungannya jauh lebih murah dibandingkan dengan biaya Puskesmas.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Pemanfaatan Mobil Unit Puskesmas Keliling tampaknya belum optimal benar. Ini terlihat dari frekuensi operasional dan alokasi waktu kegiatannya, yaitu yang digunakan untuk kegiatan Puskesmas Keliling masih rendah. Upaya untuk melakukan perbaikan dalam pengelolaannya mutlak harus segera dilakukan, khususnya langkah untuk mengurangi kegiatan nonpus-

kesmas Keliling.

2. Jumlah kunjungan kegiatan Puskesmas Keliling yang menggunakan mobil per-operasional relatif cukup besar (53 orang per operasional), sedangkan kontribusi kunjungannya terhadap total kunjungan Puskesmas relatif masih kurang. Hal tersebut masih berkaitan dengan frekuensi operasionalnya. Diharapkan dengan menambah frekuensi kegiatan untuk Puskesmas Keliling, maka kontribusinya akan jauh meningkat dibanding dengan keadaan sekarang (hanya 12%).
3. Hampir separuh jumlah desa di wilayah Puskesmas dapat dijangkau oleh Puskesmas Keliling dengan mobil, yang kegiatannya sudah memprioritaskan desa-desa yang jauh letaknya dari Puskesmas. Masyarakat pengunjung Puskesmas Keliling masih banyak yang belum pernah datang ke Puskesmas (42%) dan sebagian besar dari mereka datang dengan kasus baru. Untuk itu upaya penyuluhan kesehatan harus lebih diintensifkan khususnya sebelum pelayanan diberikan.
4. Biaya operasional mobil unit yang secara riil relatif cukup besar (\pm Rp 300.000,- bulan/mobil), harus diimbangi dengan pengelolaan yang lebih baik, sehingga upaya tersebut benar-benar efisien dalam pelaksanaannya. Untuk itu dukungan Pemda terhadap kebijaksanaan Dep. Kes. khususnya dalam bidang dana, sarana dan tenaga mutlak diperlukan, mengingat upaya Puskesmas Keliling sudah dirasakan manfaatnya oleh masyarakat.

RINGKASAN

Dalam rangka memperbaiki penampilan kerja Puskesmas, yaitu meningkatkan cakupan Puskesmas, telah dioperasionalkan Puskesmas Keliling sejak tahun 1977. Yang menjadi masalah dalam kegiatan ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan dan operasional dari Mobil Unit Puskesmas Keliling. Penelitian pemanfaatan dari mobil unit Puskesmas Keliling telah dilaksanakan, untuk mempelajari kegiatan yang sebenarnya. Penelitian ini dilakukan di empat Kabupaten di Jawa Timur, yang meliputi delapan mobil unit.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata mobil unit melayani 2,5 Puskesmas, pemanfaatannya masih relatif kecil, yaitu frekuensi operasional pelayanannya hanya 7,7 kali per bulan. Rata-rata kunjungan per kegiatan sebesar 53 orang yang mencakup 50% dari desa yang ada di wilayah Puskesmas, dan sebagian besar dari mereka tidak pernah ke Puskesmas. Lingkup kegiatan utamanya adalah Pengobatan, Penyuluhan Kesehatan dan Perbaikan Gizi. Biaya operasional dari setiap mobil unit per bulan sebesar Rp. 300.000,- Jumlah uang yang terbatas merupakan satu kendala untuk mengoperasionalkan secara penuh kegiatan mobil unit Puskesmas Keliling.

Untuk itu disarankan agar biaya operasional untuk kegiatan mobil unit Puskesmas Keliling dipertimbangkan dan diperhitungkan kembali, dalam rangka meningkatkan efektivitas kegiatannya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan selesainya naskah hasil penelitian ini, penulis mengucapkan banyak

terima kasih kepada Dr. M.H.W. Soetopo, DPH, Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Dep. Kes. RI yang telah memberikan petunjuk-petunjuk dalam rangka memperbaiki tulisan ini. Juga kepada Kepala Dinas Kesehatan Kab. Nganjuk, Pacitan Ponorogo dan Banyuwangi yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

1. Brunet & Jailly (1985). *Econometric Investigation into LDC'S Health Systems*, in: *Methodological foundations for Research on the Determinants of Health Development*. WHO, Geneva.
2. Marten Reurink & Wisni Septiarti (1986). *Kemana Mencari Pengobatan, Berita Kedokteran Masyarakat* 1 (10)
3. Tielden, Robert (1984). *Interaction of Socio-Ecological Factors in Determining Health Status: Some Policy Considerations for Repelita IV*, *Semiloka Ekonomi Kesehatan*, Cimacan 19 – 22 Desember.
4. Gunawan LA et al. (1975). *Penelitian Operasional pada 5 Puskesmas di Kabupaten Pasuruan dan Mojokerto* Puslitbang Yankes. RRS No. 33. Surabaya.
5. WHO (1983). *Health and Development, Proceedings of an Intergovernmental Meeting in Asia and the Paci*
6. Cormick, J.Mc.(1983). *Evaluation of Health Care*, in : *Evaluation of Health*, edited by W.Holland, Oxford University.

7. Brotowasisto, et al. (1984). Alokasi Sumberdaya Kesehatan, *Semiloka Ekonomi Kesehatan*, Cimacan 19–22 Desember.
8. Noor, Gusti Rizali (1986). Gagasan DUKM : Pengertian dan Pengembangannya, *Seminar Pengembangan Penyelenggaraan DUKM bagi Tenaga kerja*, Jakarta 11–12 Agustus.
9. Tajibnapi, Burhanuddin et al (1976). *Trial Pengembangan Pelayanan Kesehatan di Tk. Kecamatan*, Dinkes (Dati I NTB, Mataram.
10. Budiarto, Wasis et al. (1983). *Penelitian Pengembangan Metode Analisa Cost Benefit dari Puskesmas*, Puslitbang Yankes, RRS No. 46 .
- 11 Gish, Oscar & Walker Godfrey (1977). *Mobile Health Services*. Trimed Books Ltd; London.